

# Patienten-MRT-Fragebogen

## Schulter

**Vorname:**

**Nachname:**

Für die geplante MRT-Untersuchung Ihrer Schulter benötigen wir folgende Angaben:

Welche Beschwerden haben Sie?	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> andere:
Wo sind die Beschwerden? (z. Bsp. Schmerzen in der Halswirbelsäule ausstrahlend)	
Seit wann haben Sie die Beschwerden?	
Sind die Beschwerden durch einen Unfall hervorgerufen worden?  Wenn ja, wann war dieser Unfall und was ist passiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es eine Vor-Operation an der Schulter?  Wenn Ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann ist der nächste Arzttermin?	<input type="checkbox"/> noch kein Termin <input type="checkbox"/> Termin am: